様式第１号（第４条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

　　　年　　　月　　　日

久米南町長　様

（申請者）住所

氏名

被接種者との続柄（　　　　）

電話

以下のとおり県外医療機関での予防接種を希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな被接種者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 生年月日 |  | 年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳） |
| 住所 | 久米南町 |
| 保護者氏名（被接種者が子の場合） |  |
| 予防接種の種類名（接種希望種類欄に○印） | ・Ｂ型肝炎　（　１回 ・ ２回 ・ ３回　）・ヒブ（ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌ｂ型）　初回（　１回 ・ ２回 ・ ３回 ） ・ 追加・小児用肺炎球菌　　　　　初回（　１回 ・ ２回 ・ ３回 ） ・ 追加・３種混合１期初回　（ １回 ・ ２回 ・ ３回 ） ・ １期追加・４種混合１期初回　（ １回 ・ ２回 ・ ３回 ） ・ １期追加・ＢＣＧ・ＭＲ（麻しん・風しん）　１期 ・ ２期・水痘（水ぼうそう）　（　１回 ・ ２回　）・日本脳炎１期初回　（ １回 ・ ２回　） ・ １期追加 ・ ２期・二種混合（ｼﾞﾌﾃﾘｱ・破傷風） ２期・ポリオ　１期初回（　１回 ・ ２回 ・ ３回　）・子宮頸がん予防（　１回 ・ ２回 ・ ３回　）・ロタ（　１回 ・ ２回 ・ ３回　）・高齢者インフルエンザ・成人用肺炎球菌 |
| 接種予定医療機関 |  |
| 依頼理由 |  |
| 滞在先 | 〒　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　様方）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　 -　　　 - |